

Kleine Anfrage

der Fraktion der CDU/CSU

Früherkennung und Versorgung von chronischen Lungen- und Atemwegserkrankungen

Unabhängig von akuten Atemwegsinfekten wie COVID-19, Influenza oder RSV-Infektionen steigt die Zahl an Patientinnen und Patienten, die in Deutschland an chronischen Lungen- und Atemwegserkrankungen leiden an. Neben den besonders weit verbreiteten Erkrankungen Asthma bronchiale und COPD (Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung) zählen hierzu beispielsweise auch Sarkoidose, Lungenfibrose und Lungenhochdruck. Laut aktuellen Erhebungen sind über 14 Millionen Menschen von chronischen Lungen- und Atemwegserkrankungen in der Bundesrepublik betroffen (vgl. pneumologie.de/storage/app/media/uploaded-files/20230320_Wei%C3%9Fbuch_Lunge_2023.pdf). Das sind über 16 Prozent der Gesamtbevölkerung. Gemäß den Zahlen des Robert Koch-Instituts (RKI) gehören diese Krankheiten zu der Gruppe der häufigsten Todesursachen in Deutschland (www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/C/Chron_Lungenerkrankungen/Chron_Lungenerkrankungen_node.html). In den Jahren 1990 und 2010 war COPD die vierthäufigste Todesursache in Deutschland, mit im zeitlichen Verlauf ansteigender Tendenz (edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/1981/23moF8YJT4eUg.pdf?isAllowed=y&sequence=1).

Von chronischen Lungenerkrankungen sind Menschen aller Altersklassen betroffen. Asthma zählt etwa zu den häufigsten Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter mit über einer Million Betroffenen bis 18 Jahre, während sich die COPD erst in späteren Lebensphasen manifestiert. Die Zahl der Betroffenen steigt: Bei Asthma wurde zwischen 2010 und 2019 ein Anstieg von 17 Prozent verzeichnet, die COPD nahm im gleichen Zeitraum um acht Prozent zu. Bei den Erwachsenen stieg die Diagnoseprävalenz von 2010 bis 2019 für Lungenhochdruck um 45 Prozent an (pneumologie.de/storage/app/media/uploaded-files/20230320_Wei%C3%9Fbuch_Lunge_2023.pdf). Viele Betroffene, gerade COPD-Patientinnen und Patienten, empfinden zudem eine gesellschaftliche Stigmatisierung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) listet Depression als eine häufige Komorbidität der COPD (www.g-ba.de/downloads/62-492-3399/DMP-A-RL_2023-11-16_iK-2024-03-09.pdf).

Die Volkskrankheiten der Lunge verursachen nicht nur einen hohen Leidensdruck bei den Betroffenen, sondern auch hohe gesundheitsökonomische Kosten – durch direkte Kosten, wie etwa eine häufigere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, Kosten für die Medikation, Krankenhausbehandlung, aber auch durch indirekte Kosten wie etwa durch Fehlzeiten und Frühberentungen. Laut des Statistischen Bundesamtes beliefen sich die Krankheitskosten von chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (ICD10-J40-J47) im Jahr 2020 auf insgesamt über 7 Mrd. Euro (www-genesis.destatis.de/datenbank/beta/statistic/23631/table/23631-0001).

Es ist zu begrüßen, dass strukturierte Behandlungsprogramme, sog. Disease Management Programme (DMP), für jeweils Asthma und COPD bestehen. Studien zeigen den Nutzen der DMPs auf und bescheinigen beispielsweise dem DMP COPD eine signifikante Verbesserung der Mortalität, Morbidität und Prozessqualität (pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27552849/). Im Vergleich zu den jeweiligen Fallzahlen befindet sich die Anzahl der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten jedoch auf einem enttäuschend niedrigen Stand. Im Jahr 2022 waren im DMP Asthma 1 071 567 Patientinnen und Patienten (www.kbv.de/media/sp/DMP_Asthma_Patienten.pdf) und im DMP COPD 711 611 Patientinnen und Patienten (www.kbv.de/media/sp/DMP_COPD_Patienten.pdf) eingeschrieben, obwohl unter beiden Erkrankungen laut Angaben des RKI jeweils 4 bis 5 Millionen Patientinnen und Patienten leiden (www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_03_2017_Praevalenz_chronisch_obstruktive_Lungenerkrankung.pdf und www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_03_2017_Praevalenz_Asthma_bronchiale.html).

Chronische Erkrankungen der Lunge und der Atemwege sind zudem nachweislich eng mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, der Volkskrankheit Nummer eins, verknüpft, denn zwischen Lunge und Herz bestehen zahlreiche funktionale Zusammenhänge (pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29605197/). COPD gilt als ein unabhängiger Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen und kann etwa eine Herzmuskelschwäche verursachen, bzw. zu Herzinsuffizienz führen (pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17222727/). Zudem weisen COPD-Patientinnen und Patienten ein um 40 Prozent erhöhtes Risiko für einen Herzinfarkt auf. Bei schwerer COPD verdreifacht sich dieses Risiko. Während akuter Exazerbationen der COPD besteht darüber hinaus eine besonders hohe Gefahr für einen Herzinfarkt (err.ersjournals.com/content/29/156/190139).

Nach Ansicht der Fragestellenden ignoriert die Bundesregierung die Volkskrankheiten der Lunge trotz dieser negativen Entwicklungen und der zunehmenden Krankheitslast.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Welche Daten liegen der Bundesregierung grundsätzlich über die Häufigkeit von chronischen Lungen- und Atemwegserkrankungen in Deutschland vor?
2. Sind der Bundesregierung die steigenden Fallzahlen von chronischen Lungen- und Atemwegserkrankungen bekannt, und wenn ja:
 - a) Wie bewertet die Bundesregierung diese Entwicklung?
 - b) Welche Schlüsse zieht die Bundesregierung aus dieser Entwicklung?
3. Hat die Bundesregierung eine Einschätzung des volkswirtschaftlichen Schadens, der durch chronische Lungenerkrankungen wie COPD und Asthma jährlich entsteht, wenn ja, wie lautet diese, und wenn nein, warum nicht?
4. Befindet sich die Bundesregierung im internationalen Austausch mit anderen Ländern, wie etwa Finnland, Portugal oder dem Vereinigten Königreich, um erfolgreiche Maßnahmen für Deutschland zur Förderung der Lungengesundheit abzuleiten?
5. Ist es geplant einen Nationalen Aktionsplan Lunge zu verabschieden, der politische Maßnahmen zur Verbesserung der Prävention, Früherkennung und Versorgung bündelt, und wenn nein, wieso nicht?

6. Wie ist der aktuelle Umsetzungsstand von entsprechenden Maßnahmen im Rahmen des Nationalen Präventionsplans?
7. Werden chronische Lungen- und Atemwegserkrankungen bei Vorhaben zur Prävention und Gesundheitsförderung dezidiert berücksichtigt, wenn ja, in welchem Umfang und mit welchen konkreten Maßnahmen, und wenn nein, warum nicht?
8. Bei wie vielen Lungen- bzw. Atemwegspatienten wurde nach Kenntnis der Bundesregierung durch das jeweils zuständige Versorgungsamt eine Behinderung anerkannt (bitte nach dem Grad der Behinderung (GdB) sowie nach Jahren (letzten 20 Jahre) differenzieren), und falls keine Kenntnisse vorliegen, warum nicht?
9. Plant die Bundesregierung Maßnahmen, um im geplanten Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM) chronische Lungen- und Atemwegserkrankungen zu berücksichtigen, wenn ja, welche, und wenn keine Maßnahmen geplant sind, warum nicht?
10. Inwiefern plant die Bundesregierung, die hohe Mortalität der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) zu adressieren?
11. Plant die Bundesregierung, um die steigende Prävalenz von Asthma bei Kindern und Jugendlichen zu adressieren, und wenn ja, was?
Wenn keine Maßnahmen geplant sind, warum nicht?
12. Werden von der Bundesregierung Schritte unternommen, um die Stigmatisierung von Lungenerkrankungen wie COPD abzubauen und gleichzeitig die Sensibilisierung von Betroffenen und behandelnden Hausärztinnen und Hausärzten zu erhöhen, um chronische Lungenerkrankungen früher zu erkennen und adäquater zu behandeln, und wenn ja, welche?
13. Werden bei den geplanten Maßnahmen zur Verbesserung der Früherkennung und Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen („Gesundes-Herz-Gesetz“) chronische Lungenerkrankungen, welche häufige Komorbiditäten sind, angemessen mitberücksichtigt, wenn ja, wie, und wenn nein, warum nicht?
14. Werden die laut Impulspapier des Bundesministeriums für Gesundheit neu geplanten, bzw. zu verändernden Gesundheitsuntersuchungen („Check-Ups 25/35/50“), Maßnahmen enthalten, die eine verbesserte (Früh-)Erkennung von chronischen Lungenerkrankungen ermöglichen, beispielsweise in Form von fragebogenbasierten Screenings?
15. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung der Fragesteller, dass sich die Risikopopulationen von COPD und Lungenkrebs überschneiden?
Inwiefern schätzt die Bundesregierung das Potenzial der möglichen Inklusion eines COPD-Check-Ups im geplanten Programm zur strukturierten Lungenkrebs-Früherkennung mittels Niedrigdosis-CT (Lungenkrebs-Screening) im Hinblick auf eine bessere (Früh-) Erkennung und Versorgung der COPD ein?
16. Wie schätzt die Bundesregierung die Einschreiberaten in die DMP Asthma und COPD ein?
Plant die Bundesregierung, Maßnahmen einzuleiten, um die Einschreiberaten zu erhöhen, wenn ja, welche, und wenn nein, warum nicht?
17. Inwiefern plant die Bundesregierung, die Multimorbidität bei chronischen Patientinnen und Patienten im Rahmen von DMP besser zu berücksichtigen?

Welche Rolle könnte die Ermöglichung interdisziplinärer Konsilien hierbei spielen?

18. Plant die Bundesregierung Maßnahmen, um den Aktualisierungsprozess von DMP-Richtlinien zu beschleunigen, um Innovationen und neueste Evidenz schneller in die Regelversorgung aufzunehmen?
19. Gibt es seitens der Bundesregierung Pläne, Lungengesundheit als routinemäßigen Bestandteil der Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter (U10) zu integrieren, beispielsweise in Form von fragebogenbasierten Screenings, um die Erkennung von Lungenkrankheiten bzw. Risikopatienten zu fördern?
20. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung in der S2k-Leitlinie zur fachärztlichen Diagnostik und Therapie von Asthma 2023, dass die Bestimmung von Stickstoffmonoxid-Werten in der Ausatemluft (FeNO-Messung) ein unverzichtbarer Bestandteil der fachärztlichen Diagnostik und Früherkennung von Asthma ist (register.awmf.org/assets/guidelines/020-0091_S2k_Facharztliche-Diagnostik-Therapie-von-Asthma_2023-03.pdf), wenn nein, warum, und wenn ja, wird sich die Bundesregierung dafür einsetzen, die FeNO-Messung in Deutschland als Kassenleistung zu etablieren?

Berlin, den 17. Juli 2024

Friedrich Merz, Alexander Dobrindt und Fraktion

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.